Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

POLICY DIALOGUE NO.2

Access to Healthcare in Canada

Dalhousie University
Halifax, Nova Scotia

JUNE 3, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Moderator:

Dr. Richard Goldbloom,
Chancellor, Dalhousie University, Pediatrician

Participants:

Dr. Russell King,
family physician, former Minister of Health of New Brunswick

Dr. Douglas Sinclair,
Queen Elizabeth II Hospital, Chair, Emergency Physicians of Canada

Dr. Nuala Kenny,
Dalhousie University, former Deputy Minister of Health, Nova Scotia

William Leahy,
former Assistant Deputy Minister of Health,
Associate Professor at Dalhousie Law School

Prof. Cedric Chung,
President, Chinese Medicine and Acupuncture Association of Canada

Dr. Tannis Jurgens,
Assistant Professor in Medicinal Chemistry and Natural Products Medicine,
College of Pharmacy, Dalhousie University

The Policy Dialogue opened with a video presentation looking at the reality of waiting lists for health services in Canada, as well as other access issues preoccupying Canadians today:

"Most Canadians have heard the horror stories about long waits for specialist care, and some have personally experienced long delays in waiting for a hip replacement or other elective surgery. In an emergency situation, we can usually count on care being provided right away. What sticks in our minds, however, are the television pictures of stretcher-packed hospital corridors and ambulances rushing around in search of an emergency room or operating room that is not already overburdened and overcrowded.

The reality is we still do not have a firm grasp of how long people wait for care, or what impact that wait may have on their health. The Canada Health Act (CHA) states we are all supposed to have universal access to health services, but in reality there may be important barriers to care: waiting lists can be long, distance from a major hospital may prevent us from getting care, cultural barriers may exist, and some services are outside medicare coverage. And when we ask: Why do I have to wait so long? no simple answer is available.

For the most part, specialists each create their own waiting lists and decide who gets treated and in what priority. One person gets treated promptly while another experiences an agonizing wait. Neither the family doctor nor the patient generally knows which specialists have the shortest waiting lists, and there are as many lists as there are specialists.

Abolishing waiting lists altogether would involve spending extra money to create more capacity in our health care system. However, a short wait may not be that bad. Once the date is booked, uncertainty is put to rest and the person has time to put things in order and get ready for the operation. A centralized waiting list can also be beneficial if it means that those who are most in need get to the head of the line. But to do that, we would need to coordinate all the specialists' lists and create a single list for each province or region.

Until waiting lists are better managed, we will continue to rely on little more than anecdotal information about this barrier to access. As concern persists, however, we are hearing more and more about the need for a Patient's Bill of Rights. As the advocates cry: We are consumers of health care, and we should have options and rights. What would such a Charter look like? Would they vary from province to province? Would they resolve the situation? We do not really know. The American Hospital Association adopted a Patient's Bill of Rights 30 years ago, but that one has generally fallen victim to managed care insurance plans.

And while we focus on access to conventional medical services, the world of alternative and complementary medicine is largely being ignored. The vast majority of Canadians surveyed in 1997 wanted alternative and complementary therapies to be covered by provincial health plans. Do we have universal coverage to health care in Canada? The answer might well be yes, depending on the service you want and where you happen to live. Increasingly, Canadians are saying that is not good enough."

The Canadian Health Services Research Foundation produced a background document on access to health care for the Commission in preparation for this second Policy Dialogue. It focused on three aspects of access: waiting lists, a Patient's Bill of Rights, and complementary and alternative medicines, and presented courses of action that were discussed by the invited panelists. There followed a discussion among panelists and the audience at Dalhousie University on the pros, cons and complications of each course of action.

COURSE OF ACTION 1

Central management of waiting lists

Presentation by Dr. Russell King:

Canadians are concerned about access to health care and regard waiting lists as an indication of how good or bad access is. But waiting lists have to be viewed in the context of other potential barriers to access. The original purpose of medicare was to remove the financial barrier between the provider and recipient of health care services. For two decades Canadians, egged on by the politicians of the day, demanded a constant expansion of health care services, to the point that in the last decade, many have become concerned about how the costs of these expanding services are going to be dealt with.

Suppose we had a closed-loop health care system that included prevention, assessment, diagnosis, treatment, rehabilitation and supportive care, but we had no insurance to obtain those services? For most Canadians, that would present a major barrier to access. Inevitably, if the scope of the health care system is limited only by our imagination and our wants, then access to specific interventions will be reduced. If the principle of access contained in the 1984 Canada Health Act is to remain relevant, then the scope of the term "comprehensive" must be delineated more clearly. There is a finiteness to what we, as a country, can afford.

An insurance plan such as medicare greatly improves access to a well run integrated first-rate system, but access is reduced — and waiting lists consequently increased — by the following factors: A lack of federal leadership which prevents a strong national vision; federal-provincial turf wars which encourage overlap and duplication between provincial, territorial and federal governments; the absence of a national plan on recruitment and retention of health care professionals; the lack of predictable funding; geography, demographics, and the cost of drugs; uneven coverage of community-based services; a decreased availability of primary care givers and specialists; difficulty in obtaining appropriate technology; decreased triaging and advocacy by various health professionals for individual patient needs; increasing layers of process between the definitive health care provider and receiver; and poor managers at a local level. Waiting lists are simply a symptom of these impediments to access. In the end, we must remember that there are no waiting lists when there are no services.

Waiting lists for some specific services such as surgery and diagnostic investigations could be monitored centrally, but must be administered regionally and locally because of the multiple day-to-day factors which come into play. The efficiency of a waiting list system depends on that flexibility. Ultimately, however, waiting lists are a management issue and not a major determinant of improved access to care. Predictable, well-administered resources to support the procedures for which we are waiting is a more effective way of improving access to our health care system. Timely access to investigation and treatment facilities for injured workmen is one area that needs to be addressed right now, rather than putting this group into competition with the rest of the health care system.

The Romanow Commission has consulted widely with Canadians. We are hopeful that once the report is presented, those who hold responsibility will seize the moment and make the decisions needed to restore confidence in the public health care system. Waiting lists will remain a barrier to access until we address the many problems behind them.

Presentation by Dr. Douglas Sinclair:
The effects of waiting lists appear every day in the Emergency Room where I work. Many of the patients we see are not truly emergent but are waiting for tests or waiting for surgery, and their condition is worsening. Emergency Room (ER) overcrowding is a symptom of impaired access to the health care system.

Waiting list management has been shown to work at improving access and outcomes in specific areas. Cardiac waiting lists, for example, have been expensive to set up and manage, but they have been shown to improve survival. However, the federal government has failed to take leadership in looking at where waiting list management has worked, and expanding programs regionally and locally across the country. Measuring the effectiveness of waiting lists for functional diseases, such as total hip replacements, total knees, or cataracts, where the outcome is more subtle than survival or death, becomes more complicated. How do you measure a person's functional status and use it to determine how long a wait is reasonable? We need to build on some of the models developed in Western Canada, and see how they can be applied right across the country.

Waiting times for diagnostic testing and specialist consultation are most often left up to individual physicians. We need more public participation in deciding what is a reasonable waiting time to see a specialist about a particular set of problems. However, opening up that decision-making process entails a major change in medical practice, because physicians have traditionally referred their patients to specialists they have known and worked with over the years. In the cardiac waiting lists, patients are simply assigned a place in the queue for treatment by the next available surgeon. We need to find out whether such a system would even be acceptable to the public for less critical procedures, because it is quite different from traditional practice.

Dr. King made a good point about Workman's Compensation. Can we develop some parallel system to help injured workers get back to work promptly? It would help them and help the economy, and we need to explore some different models here.

Finally, we do have standards for waiting times in the ER and it is time that we publish those standards and use them to make comparisons nationally. We do not today have the information systems in our ERs to even measure what the waiting times are. We have better waiting time management systems in McDonald's and Tim Horton's than we do in many of our outpatient departments and private doctors' offices. We need to make a wise investment in health technology if we are to manage these waiting lists more appropriately and draw national comparisons.

Panel and Audience Discussion

What is behind the preoccupation with waiting lists?
Dr. Kenny saw the preoccupation with waiting lists as reflective of the concern that we, or our loved ones, will not have ready access to care we need, but also as a sign that our fast-food generation is starting to apply the same demands to the health care system as we do to McDonald's.

Waiting lists have not grown because we are doing fewer procedures than we used to, but because we are doing more and doing them earlier. As we have expanded the possibilities of modern science and technology, we have also expanded our expectations for what health care systems can provide. In this context, access problems can only grow. Dr. King felt that unless we acknowledged the finiteness of what is insured in the publicly funded part of the health care system, and take the leadership to define what is covered and what is not, waiting lists would get longer. Waits that are long enough to compromise access were also seen as one of drivers to expand a private tier of health services.

> ***"If you have the money, or the insurance, you can get access service like MRI or physiotherapy a lot quicker. Otherwise you wait in line at the hospital until they can fit you in."-- Don White***

How should waiting lists be managed?

Waiting lists should be administered with clear criteria so that everybody knows how they get put on the waiting list, and should provide some kind of certainty about when the procedure will be done. Dr. Kenny felt that most people could tolerate a wait if they knew when it would end. Dr. Cheung pointed to the need for better policies to determine whether a patient should be treated urgently. Acupuncture can temporarily reduce the pain of acute conditions such as hernia attacks, but he has found that hospitals are then reluctant to admit the patient for emergency surgery because the condition appears less acute. This leads to repeat attacks and expensive complications, not to mention tremendous hardship for the patient.

Panelists agreed that not all areas of health care were equally amenable to waiting list management, and that even where they were amenable, they would need to keep criteria flexible and retain a high degree of local administration. There is a place for general guidelines as to how long a wait is appropriate in some concrete parts of the health care system, such as cardiac surgery. But guidelines are more problematic in determining how long a person should wait to see a family physician, an internist in an office, or a physiotherapist following a shoulder injury. Centralized waiting lists would help monitor whether we were making progress in delivering care promptly, but the day to day administration of a waiting list would have to be done at the local level, so that the surgeon, specialist or family physician would not just refer a patient to a waiting list and then leave them in a vacuum.

Centralized waiting lists would reveal backlogs in some areas. How these would be dealt with would depend on the service involved. Dr. King felt that if a waiting list pointed to a backlog for MRI, administrators would have to review why people were on the list and impose more limiting criteria, such as having to be referred for MRI by a specialist.

What are the barriers to centralizing waiting list management?

For generations, physicians have felt they had a responsibility to refer patients to specialists they knew, and these practice patterns are firmly entrenched. Centralized waiting lists would make these referral decisions an administrative matter and take this control out of the physician's hands. Experience with cardiac care shows that it is possible to change patterns of practice, but only if there is political and professional commitment.

One audience member pointed out that discussion of centralizing waiting lists and centralizing specialized care does not consider how people will cover the expenses of staying away from their home town while they undergo treatment, nor provide services for them and their families.

Would central management of waiting lists improve access?

Participants felt that waiting lists had to be dealt with better because the perception of long waits erodes trust in the system. However, waiting lists were viewed as a barometer for measuring how we are doing in certain areas, not as a way to make the system better. Waiting list management cannot improve access if the system is so tight that the only lever available to deal with emergencies is to postpone scheduled surgery patients.

Our ability to improve access through waiting list management is limited if specialists are not available. Without the support of physiotherapists, occupational therapists and respiratory therapists, we are limited in what we can do to help people. A number of participants felt that better recruitment and retention of health care professionals across the board at a national level would go a long way to reducing waiting lists and improving access.

The discussion of waiting lists was seen by some participants as a way of putting off other serious public discussions, such as whether and how to limit access to health technologies. We need to address the ethical concerns raised as technology improves and we apply it to more, sicker, and older people, said Dr. Kenny. We, as a society, need to decide when it is acceptable not to offer treatment right from the outset. The age at which we offer dialysis is going up continuously, and while we may not wish to use age as a discriminatory factor in providing persons the benefit of a health technology, we also need to remember that technologies like dialysis were originally developed to temporarily perform a failing body function until some kind of recovery occurred. Now people live for years on dialysis. Our growing body of medical interventions forces us to look at placing fair and reasonable limits on publicly funded health care.

> ***One cardiac surgeon told me he wished that he would stop getting all these referrals, because once they are placed in the queue, it is very difficult to then turn people down for surgery. — Dr. Sinclair***

Particular access problems exist for people with chronic diseases, but waiting list management is unlikely to help them. A promising model here might be the case manager, who is assigned to a patient and coordinates care from all practitioners. Rather than wait months to see a specialist prior to receiving help from other practitioners, such as physiotherapists or nutritionists or respiratory therapists, the case manager can arrange that care. Dr. Sinclair felt that better management of people with chronic diseases was also key to reducing Emergency Room overcrowding.

> ***Why do the clinic doors close at 4 or 4:30 every afternoon. Why do 1.5 million pieces of equipment sit idle at night and on weekends? -- Debbie Kelly, Nova Scotia Citizens' Health Care Network.***

What is really needed to improve access, according to many audience members, is better management of the resources in the system and more attention to where and how we deliver them. It was acknowledged that this might require a dramatic change in the schedules of clinics and health professionals. Many panelists agreed that professional inflexibility and workforce inflexibility in the health care system contributed much to access problems. Professionals would need to look at changing patterns of practice, scope of practice, and the balance of authority. And governments would have to change the incentives in place to encourage such changes.

COURSE OF ACTION II

All governments should agree to a common Patient's Bill of Rights that defines standards of care, including access guarantees

Presentation by Dr. Nuala Kenny:

Like our preoccupation with waiting lists, recent talk about a Patient's Bill of Rights is a signal. The language of rights is being used because of legitimate public concern about the availability of important and necessary services. It reflects an erosion of trust in the government's ability to fulfill the promise of the Canada Health Act (CHA). People are looking to a bill of rights as a way to improve trust and build confidence in the system.

In fact, there are already any number of bills of rights in health care: patients' bills of rights and hospital bills of rights that range from vague promises of quality to legally enforceable standards. More often, the bill of rights statements are about guarantees to ethical consideration: that a patient will be treated with respect; that privacy and confidentiality of health-related information will be protected; that patients will have the right to participate in decision-making and have access to appropriate information. That is the kind of bill of rights we have today in health care.

On the horizon now, and evident particularly in the Mazankowski report, is a new concept of a bill of rights as a cash-back guarantee. It is linked to the idea of waiting lists and includes the provision that if you wait longer than a defined period of time for a particular health service and the system fails to respond to your need, then you will be given the money to get it done elsewhere. I personally see this as a new way of encouraging a parallel private system. But we need to understand that these are the ways in which people are looking at bills of rights.

We have to ask, however, exactly what it is we are getting a right to. The Canadian health system is based on public, not-for-profit insurance. Insurance generally involves putting money in day by day for the rainy day when you need it. Our problem is that we have come to think of the health care system as an umbrella for every day use. Health care needs are no longer something extraordinary or unusual. We need to think about what we want to have guaranteed. We also need to understand that rights always come with corollary responsibilities, and that we as citizens must find better ways of assuming our collective responsibility for making decisions, fairly and transparently, about what is covered and what is not. It is not a matter of the government not giving me my health care. This is our health care system. Unfortunately, we all approach it as if we were consumers buying individually, when we are in fact going to a collective fund. We need to find another way to determine what we should in effect guarantee to each other from that fund.

We need to be careful what we wish for. If we really think through what that right might mean in an insurance system based on values of solidarity and collective responsibility, we might end up with a right to much less than we want. But the call for that right clearly signals that we need better standards, that will help reduce variations in waiting lists and in practice.

Presentation by Bill Leahy:

The relationship between Canadians and the health care system is already defined by rights at the level of the relationship with care providers. Where it is not defined, except in the most general way under the CHA, is at the level of decisions that affect the capacity of care providers and the system to deliver service to Canadians. That is where there could potentially be a role for a Patients' Bill of Rights. But we must be clear on what function we would want that bill of rights to perform. If we were to model it on the Charter of Rights and Freedoms, we would adopt a set of general principles on access that would constitute our bill of rights and we would hand over decisions about what those general principles meant in particular cases to whatever authority we chose to implement the bill.

Alternatively, and this is how the concept of a bill of rights in the health care setting is actually used most often now, we might think about a bill of rights as one of the tools we use to implement the decisions we make about what degree of access the system is going to deliver. These decisions are made in a deliberative policy process and they are then embodied in a bill of rights written and expressed in terms of the language of expectations. A third party is then made responsible for seeing to it that those expectations are met or that good reasons are provided for their not being met.

In choosing between these two different functions of a bill of rights, the experience of our courts in implementing the Charter of Rights and Freedoms is relevant. The courts historically become very cautious when they are asked to apply the general principles of human rights contained in the Charter to decide social policy questions that have broad allocative implications. The concern stems from the courts' inability to predict the implications that supporting one person's Charter right to something will have on all the other needs that compete for society's resources. The courts have historically put those decisions back into the policy making arena. The concept of general rights is not a sufficient guide to deciding which of these competing interests is most important and should be prioritized.

Given that experience with the Charter, we should be concerned that a bill of rights constructed particularly for the health care system would funnel even more public resources into health care. If health services become a matter of right, competing social priorities such as education, social welfare programmes, housing, nutrition, the environment, etc -- all of which in the long term have very serious implications for the sustainability of the health care system — will get even less attention.

If we are going to think about a bill of rights in the health care system, it should be as a way of implementing decisions made, through whatever policy process we want to establish, about what level of service people can expect from the system. A set of standards that would guide, if not determine, decisions about the allocation of resources into the health care system could help reestablish trust and confidence. At a minimum, such standards would create an obligation to explain allocation decisions in terms of their impact on the system's capacity to deliver services.

The analogy again to how courts implement bills of rights in general is helpful because the way our courts have operated in the social policy context is to cut governments a lot of latitude in decisions that have broad allocative implications, but to draw a line and require there to be a certain level of attention paid to the impact these decisions have on individuals and create the obligation to justify or explain a departure from the standards or the expectation.

Panel and Audience Discussion:
As with waiting list management, panelists recognized that the preoccupation with a Patients' Bill of Rights reflected honest concerns, but that such a bill would not produce the real changes needed to improve access and could even create new problems.

What rights do we have now?
Medicare was set up to be all-inclusive for a certain set of services with one line and the same standard of care for all residents of Canada, rich or poor. It was also supposed to be non-judgmental, unlike individual insurance plans, which refuse insurance to people with certain characteristics. If this accurately describes what we have now, said Dr. King, there are already many laws that help ensure we are not discriminated against in this plan. Audience members agreed that truly enforcing the CHA, it would go a long way to achieving what is intended by a bill of rights.

Regional disparities for services that do not fall under the CHA are already threatening access, especially in the Atlantic provinces, and may point to a trend for greater disparities in all health services. Senior citizens in the four Atlantic provinces now pay $5000 more per month than seniors in other provinces for long-term care services, and do not have the same catastrophic drug coverage as residents of other provinces. Discussion of a right to access will test the nation's commitment to consistency and equality in social programs in general, and in health care in particular. Participants felt that these differences between provinces would become less threatening if there were national standards providing for certain core services right across the country.

What could a Bill of Rights accomplish?
Panelists agreed that is was difficult to endorse the concept of a bill of rights because it tries to address questions that it cannot fix, even as it raises issues that need to be addressed. The best a bill of rights could do in areas where there were long waits was to try and uphold a decision made about what a reasonable wait should be. The concept of a bill of rights some viewed as worthy of consideration was third party involvement in monitoring and enforcing the standards or expectations that, through some deliberative process, we decide we want our system to deliver.

> ***If we know that the waiting time to see a gastroenterologist is 6 to 8 months, and we cannot even obtain a screening gastroscopy for colon cancer, how is a bill of rights going to help? — Dr. Sinclair***

Evident in expectations for what a bill of rights could accomplish is obvious frustration with the current system's inability to change. Many participants felt that a Patients' Bill of Rights would be an empty gesture, not something that would truly improve access. What good are patient rights if they are not enforceable?

> ***I'm not looking to the courts to fix health care, I'm looking for leadership from politicians, from health care professionals, and from citizens. — Randy Dickenson***

The danger of rights

Dr. Kenny considered that the problem inherent in a bill of rights is that it is about individual rights. It supports the belief that individuals should have unlimited individual consumption of what is essentially a public or common good. While the soul of public insurance is really a collective assumption of risk. Medicare does not, like private insurance, exclude people with chronic illness or disability because they put a dent in the pool of insurance money. If we encourage the idea of individual rights to health care, we risk eroding our notion of collective responsibility.

Mr Leahy raised another danger, that the language and concepts of rights could lead us to focus on ways to make health system performance definable and measurable -- like waiting lists --that are not what the system should be focusing on to really improve care.

> ***In practical terms, a Bill of Rights seems a perfect way for our politicians to divert attention, but I'm not convinced that it would improve access to health care — Dr. King***

COURSE OF ACTION III

Complementary and alternative medicine and providers should be covered as part of the publicly funded health care system

Presentation by Dr. Tannis Jurgens:

Canadians are attracted to complementary and alternative medicines for a number of reasons. Many of today' health care consumers need to feel that they have some kind of control over their health care choices, and the fact that these products and practitioners are available without referrals and without prescriptions makes them an attractive option. Consumers may also be dissatisfied with medications they are taking for chronic conditions, and view alternative medicines as a way to avoid or minimize side effects. And finally, people feel that because they are natural and have been used for centuries, these medicines must somehow be safe and or useful.

Complementary and alternative medicine is a very broad term that includes both products and practitioners. Practices that can be considered complementary are those that are used along with standard medicines, while alternatives are used instead of standard medicines. The products are things like herbal medicines and vitamins, while practitioners include a wide range of disciplines, from almost mainstream practices like chiropracty, acupuncture, and naturopathy, to other less defined areas like homeopathy and herbal medicine.

My interest is in the safe and rational use of herbal medicines. The focus of this forum is access to health care in Canada, so the question we must ask is: if complementary and alternative medicine is so widely available and so widely used, is it fair that only those who can afford to buy it have access? In some countries, such as Germany and the UK, the national health system does cover a limited range of complementary and alternative services, but most of these are preventive therapies rather than treatment. In Canada, some private insurance companies pay for visits to selected complementary and alternative medical practitioners, but the coverage is spotty across the country. In the public sector, our health care dollar is already stretched very thin and we have to wonder about stretching it further by including complementary and alternative medicines.

If we are going to extend provincial health care coverage to complementary and alternative medicine practitioners and products, we need to be absolutely sure that these services are going to be beneficial to our patients, and cost effective. Do any of the herbal products available provide safe and effective treatment for any condition? The answer is that there may possibly be some herbal medicines which eventually prove to be suitable, but given the current state of evidence on herbal products, I would not say that everyone needs to have coverage. In spite of centuries of use, and in spite of growing recommendations from a number of unscientific publications, very little is actually known about the efficacy and safety of these products. We are just beginning to understand some of the safety issues and some of the problems associated with chronic use of herbal products. We are also seeing problems when patients combine these products with conventional medications.

Regulation on manufacturing herbal products are not sufficient to guarantee that the effects experienced with one herbal product are the same as those experienced with a same product produced by another company, or even from a different batch. Plants are natural products, they vary in their constituents, and there is a lot of inconsistency in the actual starting material. The level of regulation required to ensure uniform pharmacological response to similar products is significant, so even if we are certain that we have the correct plant, and the correct part, we still do not really what ingredients need to be in those products to make them work. The science is not sophisticated enough to guarantee the same response to every single bottle of echinicea.

We could regard herbal medicines favourably because they are cheaper, but even that is disputable. There is quite a range in price on these products and quality is not always tied to price.

Do herbal medicines really add to our therapeutic armament? Do they treat things that we cannot otherwise treat? Herbal medicines are usually recommended for general conditions like stimulating the immune system, or sleeplessness, or depression. If these products were useful for treating diabetes or cardiac conditions, things we desperately need improved therapies for, then we could see them playing a valuable role. And some products may eventually prove to be useful for these conditions. We know that certain patients have to be very careful when they use herbal products because of their effect on blood pressure and blood sugar, but at this point, we do not know enough about them.

Given our current state of understanding of the safety and efficacy of herbal products, along with the variations in quality, it does not seem that the health benefits yielded from these products would justify the cost of making them widely accessible. In fact, public coverage may be perceived as a government stamp of approval, which is premature. We have to be confident that when we choose a herbal product or visit an alternative practitioner, we are going to get predictable, reproducible benefits at least to the same level that we see with conventional medications. When this is possible, then it might be time to consider including complementary and alternative medicines in a publicly funded program.

Presentation by Dr. Cedric Chung:

Complementary medicine involves combining practices like acupuncture and Chinese herbs with conventional medicine to treat diseases like cancer. It is well-documented that this approach can minimize the side effects of chemotherapy and radiation and build up the immune system. Alternative medicines are also used instead of conventional western medicine, and acupuncture and Chinese herbs alone have a good record of therapeutic effectiveness in problems like chronic fatigue syndrome or fibromyalgia. In 1979, Tobiacho (??) magazine indicated that acupuncture alone can effectively treat 43 diseases. But by combining acupuncture, Chinese herbs and Chinese nutrition, the number of diseases that can be treated increases substantially.

In terms of protecting public safety, the training of practitioners is very important. The Association of Acupuncturists categorizes practitioners into different levels, ranging from the most specialized Doctor of Chinese Medicine or Doctor of Acupuncture, to general acupuncturists who, like general practitioners, should be limited in what treatments they can offer. The body of knowledge of Chinese medicine and acupuncture is unique from other medicine, but all it takes for a chiropractor or medical practitioner to be covered by insurance companies in Canada now is 200 hours of study. This failure to distinguish general from specialist practitioners misleads the public and is not in their best interest. In some cases, the Doctor of Acupuncture is not covered, while the chiropractor with 200 hours of training in acupuncture is.

We also have to look at the source of the Chinese herbal medicines we use. In China, regulation of herbal products is not very strict and many manufacturers produce products that are of poor quality or are combined with western medications. The safest herbal products come from Taiwan where the production of herbal products is regulated very tightly by the Ministry of Health.

Acupuncture is effective at treating conditions like migraine headaches that can persist unresolved for years using commercial prescriptions. This high rate of cure represents a substantial savings over time in emergency visits, doctor visits and medication.

Panel and Audience Discussion:

Much of the discussion centred around how we determine whether complementary and alternative products and practices are effective and safe. Other countries are paying for some services publicly that Canada will not cover. The government of Australia, for example, has developed guidelines for covering traditional medicines where effectiveness is supported by anecdotal evidence from thousands of cases. The Canadian government, with the Natural Products Directorate, is spending a lot of time right now trying to develop new regulations. Prof. Jurgens said that despite the fact that other countries' accept complementary and alternative medicines further into mainstream public health care, they are not much further advanced in the level of evidence for these products. Some may be prepared to accept less conclusive evidence.

> ***My concern is whether the effects of complementary and alternative medicines are reproducible every time to the same degree. — Tannis Jurgens***

Many participants thought we might be imposing higher standards on complementary and alternative medicines than we do on traditional medicines and practices. Dr. Sinclair pointed to the growing body of literature on medical error and medication error and felt the safeguards proposed for complementary and alternative medicine should apply to traditional medicine as well. Many western traditional medicines are used despite having no evidence of benefit, or even evidence of inefficacy. There was a feeling that we should level the playing field for assessing efficacy, safety and cost-effectiveness. Insisting that therapies show a benefit before we cover them may produce arguments about what constitutes evidence, but should still be the ethical basis for our consideration of what to cover.

Dr. King pointed out that there is already movement in some provinces to cover services provided by a variety of non-traditional practitioners, and that provinces are at various stages in developing health professional regulation or legislation for these practitioners. However, many participants felt that more research on effectiveness was needed before expanding the scope of public coverage, especially when we do not have the resources to cover things for which there are real needs and real evidence.

Many participants felt that the discussion paper and the three courses of action it proposed were too restrictive to really address access issues. The CHA upholds accessibility in terms of providing insured services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude reasonable access. That definition, one patient remarked, indicates that there is more to the term accessibility than the three courses of action discussed in this Policy Dialogue Discussion of access must involve the structure of the system and the delivery of care; it must involve the impact of movement between public and private arrangements for services, such as private for-profit MRI clinics. It must also involve the possible impact of international trade deals on access to health services and the impact of drug patent legislation on access to pharmaceuticals. The question of most importance to the access issue, and most in need of public discussion, was whether or not Canadians would continue to support health care as a public good, and could accept the consequences of that decision.

Conclusion:

The panel made it clear that waiting lists are a symptom, not a disease, and that we cannot fix the access problem simply by addressing waiting lists. In the particular areas where waiting list management might do some good, it was felt we should copy models that have been shown to work in various parts of Canada. However, waiting list management would not be easy in the current health system, where waiting times are not measured in a standardized way and where the criteria to determine someone's place on the list would be complex and difficult to agree on. General guidelines were preferred to rigid criteria and, while participants felt that central monitoring was needed to trace progress, the administration of the list had to remain at the regional or even local level to maintain flexibility.

Current talk about a Patient's Bill of Rights was felt to signal an erosion of trust in the government's ability to fulfill its promises with respect to health care. However, the bill was overwhelmingly viewed as an empty gesture because there is no way to uphold such rights in our existing system. The general feeling was that while the concern for a standard of quality and access needed to be addressed the mere establishment of a Patient's Bill of Rights would not be a satisfactory solution and could potentially create more problems than it solved.

There was also a general consensus that the time is not yet ripe for covering complementary and alternative medicine in the public system. There are still fundamental problems of product consistency, a lack of solid scientific evidence of effectiveness, safety issues, and no clear indication that so-called herbal products are cheaper than traditional medication.

There were questions about whether the three courses of action put forth for discussion in the policy dialogue were the ones that needed to be explored in looking at access problems. Some felt that issues such as how health serves are organized and delivered, variations in coverage between provinces for non-physician and hospital services, the supply of health service professionals, and the concentration of specialized services in major centres actually represented a greater challenge to access and held more possibility for resolving the problem.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 2

L'accès aux soins de santé au Canada

Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

LE 3 JUIN 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Modératrice :

Richard Goldbloom, Doyen, Université Dalhousie

Participants :

Dr. Russell King,
Médecin de famille et ex-ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick

Dr. Nuala Kenny,
Université Dalhousie

Dr. Tannis Jurgens,
PH.D, Université Dalhousie

Dr Douglas Sinclair,
Hôpital Queen Elizabeth II et président de l'Association canadienne des médecins d'urgence

G.R. William Lahey,
Professeur adjoint, Dalhousie Law School

Professeur Cedric Cheung,
Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada

Le débat d'expert a débuté avec une courte présentation vidéo mettant en contexte l'accès aux soins de santé au Canada.

> *« Tous les Canadiens se voient garantir l'accès aux soins de santé. Mais jusqu'à quel point l'accessibilité est-elle accessible? Et si elle est réellement accessible, combien de temps devrions-nous attendre avant de recevoir des soins? »*

« La plupart des Canadiens ont entendu parler d'histoires d'horreur sur la longueur des listes d'attente pour des chirurgies et d'autres soins spécialisés. Certaines personnes ont eu l'expérience d'attendre de longs délais pour un replacement de la hanche ou pour d'autres soins non-urgents. Lorsqu'il s'agit d'une urgence, on peut normalement compter sur des soins rapides. Toutefois, les médias nous renvoient des images où des patients sont installés sur des civières dans des couloirs d'hôpitaux bondés et des ambulances qui cherchent frénétiquement des salles d'urgence qui ne sont pas déjà surchargées de travail ou surpeuplées. Dans les faits, des données précises sur la longueur des périodes d'attente et leurs répercussions sur l'état de santé des gens ne sont pas disponibles. Tous les Canadiens sont supposés avoir un accès universel aux soins de santé, tel que l'indique la Loi canadienne sur la santé. Pourtant, il arrive trop souvent que cela ne soit pas le cas. Plusieurs services ne sont pas couverts par l'assurance-maladie et sont trop dispendieux pour les moyens financiers de certaines personnes. Dans d'autres cas, il arrive que l'accès soit retardé puisque les gens sont placés au bout d'une longue liste d'attente. Certaines personnes peuvent vivre loin des grandes villes où est dispensée une grande partie des soins. D'autres peuvent avoir à surmonter des barrières culturelles. Et il n'est pas évident de savoir pourquoi les gens doivent attendre si longtemps. Il ne peut y avoir de solution simple à un problème si complexe.

Les spécialistes établissent généralement leurs listes d'attente. Il peut donc y avoir des centaines de listes différentes. Chaque spécialiste décide qui il y inscrit et détermine la priorité qu'il accorde au patient. Certains patients sont traités rapidement alors que d'autres subissent une attente agonisante. Les patients, les familles et les médecins eux-mêmes ne savent pas quel spécialiste choisir afin de recevoir un traitement rapide. Il y a autant de listes d'attente qu'il y a de spécialistes. Nous pourrions nous débarrasser des listes d'attente en dotant le système de santé d'une surcapacité importante, mais il en coûterait une fortune. De plus, une brève période d'attente n'est pas nécessairement mauvaise : si la date d'un traitement est arrêtée, l'incertitude tend à diminuer et les patients ont le temps de se préparer et d'être prêt. Il peut même être bénéfique d'avoir une liste d'attente si cela signifie que les patients dont les besoins sont les plus urgents réussissent à se faire soigner avant ceux qui sont moins malades. Serait-il possible d'avoir quelqu'un, ou un système, afin de coordonner toutes ces listes? Pourquoi ne pas envisager, par exemple, que chaque province n'ait qu'une seule liste? Sans une coordination des listes d'attente, nous ne pouvons garantir que les gens les plus malades auront priorité. Tant que nos listes ne seront pas coordonnées, nous ne pourrons nous baser sur des données solides dans la gestion des listes d'attente.

Dans un tel contexte, nous entendons parler de plus en plus d'une charte des droits des patients. Les défenseurs de cette idée croient que les Canadiens sont des consommateurs de soins, et qu'ils ont donc des droits et devraient se voir présenter des options. Pourtant, l'adoption d'une charte peut-elle faire émerger de nouveaux problèmes? Est-ce que cette charte variera d'une province à l'autre et pourra-t-elle résoudre la situation? Nous ne le savons pas.

Alors que nous nous concentrons sur l'accès aux soins conventionnels, le vaste répertoire des médecines alternatives et parallèles est ignoré. Une enquête menée en 1997 a révélé que 70% des

Canadiens étaient d'avis que les régimes provinciaux d'assurance-maladie devraient couvrir les traitements complémentaires et parallèles.

Ainsi, lorsque nous nous demandons « Avons-nous une couverture universelle? », la réponse peut varier en fonction du service dont une personne a besoin et de l'endroit où elle réside. Mais une réponse aussi imprécise semble satisfaire de moins en moins les Canadiens.»

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a produit un document d'orientation sur l'accessibilité au système de santé au Canada pour la Commission afin de préparer ce deuxième débat d'experts. Il explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis face à l'accès aux soins de santé. Par groupe de deux, les experts invités devaient défendre l'un des trois plans d'action proposés. Par la suite, les autres experts et l'audience étaient invités à discuter des points de vue exposés.

OPTION 1

La gestion centralisée des listes d'attente

Présentation du Dr. Russell King, Médecin de famille et ex-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

Les Canadiens se préoccupent de l'accès aux soins de santé. L'accessibilité, entre autres à travers le phénomène des listes d'attente – est un outil efficace afin d'observer le système de santé. Il y a des causes aux listes d'attente et plusieurs barrières à l'accessibilité.

Initialement, le but de l'assurance-maladie était de lever les barrières financières pour les soins considérés comme nécessaires entre les bénéficiaires et les fournisseurs de soins. De nombreux Canadiens auraient été incapables d'avoir accès à plusieurs services «médicalement nécessaires» s'ils avaient dû les payer de leur poche. Pendant deux décennies, les Canadiens ont demandé à ce que davantage de services de santé soient couverts.

Depuis 10 ans pourtant, de nombreuses personnes croient que l'on devrait revoir la Loi canadienne sur la santé. Pourquoi élargir davantage la couverture et comment sera-t-il possible de répondre à une telle demande? Simultanément, on se questionne sur la faisabilité d'une couverture élargie et sur les façons possibles de la financer.

Les droits civils jouent un rôle important dans la société d'aujourd'hui et nous amènent à croire que nous avons droit tant aux soins de santé dont nous avons besoin qu'aux soins que nous désirons. En admettant que nous ayons un système de santé qui inclurait la prévention, des mesures de contrôle, de diagnostics, de traitements, des programmes de réhabilitation et de réadaptation ainsi que des soins de soutien, nous aurions alors aucune assurance d'obtenir concrètement ces services. Les Canadiens auraient un problème d'accès majeur.

Si l'étendue du système de santé n'est limitée que par notre imagination et nos désirs et si, par un manque de leadership, nous essayons de tout couvrir, alors l'accès pour des interventions spécifiques sera réduit. Si les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé sont maintenus, alors il faut déterminer très clairement ce que l'on entend par le principe d'intégralité afin de pouvoir répondre aux besoins des Canadiens. Il y a une limite à la capacité financière d'un pays.

Alors qu'un plan d'assurance, tel que l'assurance-maladie, améliore l'accès à un système de soins intégrés bien géré, l'accès peut diminuer si nous ne nous attaquons pas à certains problèmes. Le manque de leadership au niveau fédéral ainsi que l'absence d'une vision nationale forte, les querelles gouvernementales, le chevauchement et la duplication des instances administratives, le manque de compétences des gestionnaires au niveau local, l'absence de plans de soutien à l'éducation, de recrutement et de rétention des travailleurs de la santé à l'échelle nationale, l'absence d'un financement stable et prévisible, la géographie et la démographie au Canada, la flambée des coûts des médicaments, la diminution et le manque de disponibilité des fournisseurs de soins de santé de première ligne et le manque d'accès à des technologies appropriées et aux spécialistes compétents, le manque de défense et de promotion des besoins individuels par les professionnels de la santé, ainsi qu'une multiplication des procédures entre les différents fournisseurs de soins et ceux qui les reçoivent sont autant de raisons qui peuvent affecter l'accessibilité au système de soins de santé.

Généralement, les Canadiens doivent se voir offrir une forme de couverture pour les services dont ils auront le plus besoin. Les listes d'attente pour certains secteurs, comme les chirurgies et certains services spécifiques, pourraient bénéficier d'une gestion centralisée. Toutefois, il faut se rappeler

qu'il n'y a pas de listes d'attente lorsqu'il n'y a pas de services disponibles. Les listes d'attentes ne sont qu'un symptôme des difficultés que confronte le système.
Il va sans dire que si l'on opte pour une gestion centralisée des listes d'attente, alors on devra gérer les listes au niveau local et régional afin d'assurer leur efficacité. Le système requiert de la flexibilité puisque les gestionnaires auront quotidiennement à tenir compte de facteurs imprévisibles. Les listes centralisées ne pourront par contre pas, à elles seules, régler tous les problèmes du système de santé au Canada et ne représentent pas non plus un outil majeur afin d'améliorer l'accès aux soins de santé. Il faut plutôt s'occuper des causes multiples qui affectent le système. La mise en place de procédures prévisibles et bien administrées serait ici souhaitable. Les gestionnaires du système de santé devraient chercher à créer la confiance des Canadiens et s'assurer d'une meilleure gestion du système plutôt que de favoriser une plus grande compétition entre les différents acteurs.

Présentation du Dr. Douglas Sinclair, Hôpital Queen Elizabeth II et président de l'Association canadienne des médecins d'urgence:
Dans les urgences, on observe que plusieurs personnes n'ont pas besoin de traitements ou de soins nécessairement « urgents ». Il y a parfois des gens malades dont les symptômes s'amplifient ou des personnes qui attendent une intervention chirurgicale ou les résultats d'examens. L'engorgement des urgences – tout comme les listes d'attente - est une indication du mauvais fonctionnement du système.

Il faut veiller à améliorer la gestion du système de soins de santé et, à cet égard, la gestion centralisée des listes d'attente peut jouer un rôle réel pour une partie du système de santé. Le gouvernement fédéral pourrait montrer une forme de leadership en observant où la gestion centralisée des listes d'attente a donné de bons résultats et essayant d'implanter et de reproduire ces modèles ailleurs au Canada au niveau local et régional. Un modèle connu de gestion centralisée des listes d'attente est le Cardiac Care Network of Ontario. Ce modèle a coûté cher à implanter mais il a démontré qu'une gestion centralisée pouvait faire une différence réelle dans les résultats obtenus pour le traitement des maladies du cœur en Ontario. La réussite de ce projet a eu un impact bénéfique sur tout le système et démontre qu'il est important de mieux le gérer. Souvent dans le système de santé, la responsabilité de fixer un délai raisonnable en ce qui concerne la consultation d'un spécialiste, les diagnostics, les traitements et le temps d'attente pour recevoir ces traitements fut laissée aux experts. Traditionnellement, un docteur référait à un spécialiste avec lequel il avait l'habitude de travailler. C'est la disponibilité de ce spécialiste qui déterminait en grande partie l'accessibilité d'un patient aux traitements. Selon le modèle du Cardiac Care Network of Ontario, le patient est placé sur une liste d'attente qui lui permet de recevoir la première chirurgie disponible. Cette manière de procéder est très différente de celle à laquelle les Canadiens ont été habitués. Le public n'est pas très impliqué dans la gestion des orientations du système. Il sera donc très important d'organiser un débat public afin de choisir un modèle de gestion qui pourra satisfaire les besoins des Canadiens.

Il est facile de déterminer la performance d'une gestion centralisée des listes d'attente pour certains types de maladies, comme les maladies du cœur, puisque les résultats obtenus se comptent en terme de mortalité. Il est plus difficile d'observer les résultats lorsqu'il s'agit de maladies fonctionnelles vu que les données sont plus difficiles à compiler. Qu'est-ce qu'un temps d'attente raisonnable lorsqu'il s'agit de replacer une hanche ou un genou? Dans les cas de maladies fonctionnelles, il serait possible de s'inspirer de certains modèles qui ont été développés dans l'Ouest canadien et d'essayer de les appliquer ailleurs au Canada. Globalement, il faut que nous

nous penchions sur des modèles qui ont donné de bons résultats et essayer d'en tirer partie dans d'autres régions du Canada.

Au sujet des travailleurs de la santé, pourrions-nous développer un système parallèle ou de nouveaux modèles qui pourraient aider les anciens travailleurs à revenir au travail? Dans les faits, une telle mesure leur serait bénéfique et aiderait également l'économie.

Aussi, il y a des standards qui existent pour les délais d'attente dans les unités d'urgence. Il faut compiler et comparer ces données à l'échelle nationale. Il faut investir intelligemment dans une technologie qui permettra de gérer plus efficacement les listes d'attente. En ce moment, il existe de meilleurs systèmes de gestion dans les MacDonald's et les Tim Hortons du pays que dans les départements d'urgence et les autres départements des hôpitaux.

Remarques des experts invités

Les participants ont semblé s'entendre sur le fait que les préoccupations liées à l'accessibilité résultent d'un manque de confiance du public dans le système de soins de santé. Les listes d'attente devraient être mieux administrées puisqu'elles représentent un aspect important du système et parce qu'elles affectent la confiance du public en général. L'idée selon laquelle le système devrait être mieux intégré et les patients devraient être davantage informés quant aux soins qu'ils reçoivent est revenue à plusieurs reprises. Il fut noté que les patients se portent mieux lorsqu'ils savent quand ils seront traités. Les standards de pratique des médecins et des spécialistes devraient également être réévalués.

> *« Nous devons étudier les standards de pratiques. Il s'agit d'une question administrative qui se confronte directement à des générations de façon de faire les choses, particulièrement chez les médecins. Comme l'a mentionné le Dr. King : " Où est l'engagement politique et professionnel afin d'améliorer les choses? "»*

Une participante croit que les médecins devraient s'impliquer davantage envers leurs patients plutôt que de les envoyer dans les urgences lorsqu'ils ne sont pas disponibles. Il serait intéressant d'observer de nouveaux modèles de soins de santé et voir si l'on ne peut pas les appliquer au Canada. Il faudrait alors se permettre une marge d'erreur dans l'essai de nouveau modèles de santé.

Les participants ont également souligné qu'il nous faut un engagement politique et professionnel visant à améliorer les conditions de l'accessibilité.

> *« Nous devons examiner différents secteurs du système et déterminer comment nous pourrons les améliorer. Si nous n'avons pas les ressources pour maintenir le système, si nous n'avons pas une variété de spécialités, si nous ne pouvons compter sur le support de physiothérapeutes, ergothérapeutes et d'inhalothérapeutes, nous sommes alors limités dans ce que nous pourrons faire pour les gens. Si l'on envisageait la question du recrutement et de la rétention des professionnels de la santé sur une base nationale(...), nous aiderions, à long terme, les listes d'attente à améliorer les choses. Nous devons regarder ce qui cause ces listes.*
>
> *Les personnes en position de leadership devront éclairer les Canadiens et leur expliquer ce qu'ils croient que les fonds publics devraient financer, dans quelle proportion et qu'est-ce qui restera aux individus à payer de leurs propres poches. (...)*
>
> *Une part du débat consiste à se demander : si ce n'est pas à travers l'assurance maladie, alors à travers quoi? Aurons-nous un autre programme qui inclura toutes sortes de choses? Il semble que nous devions élargir quelque peu la couverture de soins. Mais on ne peut l'élargir indéfiniment parce qu'il y a une limite à ce que nous pouvons faire.»*

> *« Une fois qu'ils sont en liste, il est très difficile de refuser l'accès aux gens. Jusqu'à un certain point, il y a un nombre infini de personnes qui pourraient avoir accès à une chirurgie cardiaque.*

Un aspect de la question consiste à gérer les listes d'attente, mais l'autre est d'entamer un débat pour définir à quel moment on ne devrait plus offrir l'accès à une chirurgie. Sinon, nous gèrerons bien les listes d'attente, mais elles ne feront que grossir, grossir et grossir encore.»

Un expert note finalement que certaines politiques sont inappropriées. Il est tout à fait illogique que des patients très malades dont les douleurs sont traitées avec succès par des traitements d'acupuncture soient obligés d'attendre plus longtemps pour des interventions chirurgicales pourtant nécessaires et urgentes en raison même d'une diminution de la douleur.

Discussion entre les experts et avec l'audience

«Je travaille avec une patiente qui a plusieurs rendez-vous avec différents médecins. Elle a été vue il y a trois semaines et on lui a indiqué qu'elle devait prendre un rendez-vous avec un spécialiste et que ce rendez-vous serait le 7 avril 2003. On lui a également indiqué que si elle avait un problème avec ça, elle pouvait en parler avec un médecin ou un spécialiste et qu'elle pouvait même rencontrer un autre spécialiste si elle le voulait. J'aimerais savoir ce que les experts invités ont à dire à propos de cette situation.»

Plusieurs participants ont indiqué que les listes d'attente doivent être mieux gérées à travers une meilleure intégration du système. La géographie est un facteur de taille au Canada. L'accès entre les provinces varie. Les Canadiens doivent recevoir les soins appropriés, par les fournisseurs de soins appropriés en temps opportun. Le système devrait être organisé de façon à permette une certaine forme de prévisibilité dans les services qui seront requis. Un participant a indiqué qu'un gestionnaire de cas pourrait être en charge des patients présentant des cas complexes et favoriser le passage de ces derniers dans le système. Il fut globalement admis qu'il nous faut adopter une vision globale du système et observer l'utilisation que nous faisons de toutes nos ressources en tant que société.

« Lorsque nous parlons du besoin de réformer notre système, il est surprenant de constater que les procédures liées aux diagnostics pour les examens du sang et pour l'imagerie par résonance magnétique n'ont jamais changé. Pourquoi est-ce que les portes ferment à16h00, 16h30? Pourquoi plus d'un million et demi de dollars d'équipement dorment inutilisés tous les soirs et toutes les fin de semaines? Il s'agit d'une question que nous n'abordons pas, que personne n'investigue. (...) C'est révoltant de penser qu'une personne doit attendre pendant des mois alors que l'équipement pour un IRM dors tous les soirs et toutes les fin de semaines. »

« Nous devons amorcer des changements dans les standards de pratique et partager la pratique et l'autorité différemment. (...) Nous devons également reconnaître que nous sommes face à une inflexibilité professionnelle dans le système de santé, inflexibilité qui contribue au problème. »

Les liste d'attente servent de baromètre pour nous montrer les résultats que nous obtenons dans certains secteurs. Toutefois, la gestion centralisée des listes d'attente ne pourra à elle seule régler tous les problèmes.

« Les urgences qui débordent n'ont rien à voir avec les cliniques sans rendez-vous et les patients ambulatoires. Elles ont tout à voir avec les patients qui sont déjà malades et les maladies chroniques. C'est ce sur quoi nous devons nous concentrer : la gestion et l'admission plus rapide des patients atteints de maladies chroniques. »

« Notre plus gros défi en ce qui concerne l'accessibilité est de mieux gérer et de mieux administrer les ressources du système en définissant où nous les fournirons et comment nous les fournirons de façon à ce que les gens aient un accès continu à ce bien commun. Il ne faut pas se laisser aller sur la pente glissante du modèle américain de santé où seulement les riches auront accès aux services de base. »

Un participant note que nous sommes une génération « fast-food ». Nous envisageons toujours le changement de façon à ce que les choses soient plus généreuses et se fassent plus rapidement et ce n'est pas différent lorsque nous nous penchons sur le système de santé. Nous voulons une réponse immédiate lorsque nous avons besoin de soins et ceci est à la base de l'insécurité qui est ressentie. La Loi canadienne sur la santé n'a jamais donné l'accès à tous les soins qui peuvent améliorer l'état de santé d'un individu, mais seulement les services médicalement nécessaires fournis dans les hôpitaux et par les médecins. Les possibilités de la science moderne se sont élargies, les attentes face à ce qu'un système moderne peut fournir se sont également élargies et nous avons changé la façon dont les soins sont donnés à plusieurs égards. Ce sont des éléments qu'il faut garder en tête. Les Canadiens devraient décider de ce que les fonds publics sont en mesure d'assumer. Il faudrait également déterminer quelles options seront à privilégier pour les soins et services qui ne seront pas couverts par l'assurance-maladie.

OPTION 2

Une déclaration des droits des patients

Présentation du Dr. Nuala Kenny, Université Dalhousie

Une charte des droits des patients ne représente pas une solution réelle. Si l'on se questionne sur la pertinence du langage du droit dans le débat sur l'accès au système de soins de santé, c'est parce que l'on se préoccupe de l'inquiétude du public et des demandes légitimes qu'il peut formuler sur l'accessibilité à des soins nécessaires. C'est aussi parce que l'on se demande si le système peut répondre aux promesses qu'il reflète. Une charte des droits des patients apparaît pour certains comme une solution à ces problèmes. Il servirait, entre autre, à redonner une certaine confiance aux individus.

Lorsque l'on observe les chartes des droits dans le domaine de la santé, que ce soit des chartes des droits des patients ou des chartes dans d'hôpitaux, on remarque que le langage de ces chartes sert à assurer de vagues garanties de qualité, des standards de pratique et des considérations éthiques, tel que le droit d'être traité avec respect et en toute confidentialité. Cependant, les chartes des droits des patients ont de plus en plus tendance à être une façon de s'assurer d'un recours légal, éventuellement associé d'un dédommagement monétaire, lorsque les patients ne seraient pas traités selon les standards appropriés en violation de leurs droits. Dans le cas des listes d'attente, une charte pourrait alors signifier que si un patient attend plus qu'un certain temps prédéterminé et que le système ne parvient pas à répondre à ses besoins, alors ce dernier se verrait dédommager d'un certain montant d'argent. Une charte des droits garantirait quels droits exactement? Nous ne serions pas si confiant au pouvoir d'une charte de restaurer la confiance des Canadiens si cette même charte ne nous donnait pas accès à une certaine rétribution. Cette façon de faire encourage aussi de manière détournée la privatisation du système de santé. Il y a un problème à ce que les gens croient que l'assurance-maladie est une assurance qui couvre tout. Dans quel système est-ce que nos droits s'appliquent? Il faut se rappeler les idéaux de base qui sous-tendent notre système et les Canadiens doivent aussi assumer leurs choix collectifs. Nous avons collectivement choisi d'avoir un système de santé public qui est sans but lucratif. Aussi, l'assurance-maladie est une assurance collective où l'on met de l'argent petit à petit en prévision des jours difficiles. Nous avons recours à un fond collectif lorsque nous utilisons le système. Le problème est que les Canadiens en sont venus à penser que l'assurance-maladie garantit l'accès à cette protection collective quotidiennement. Les Canadiens devront décider de ce à quoi ils ont droit collectivement et réfléchir à ce qu'ils aimeraient que l'assurance-maladie garantisse. Et il faut se rappeler que les droits viennent toujours avec des responsabilités.

Les Canadiens ont droit à des standards de pratique, des soins efficaces et basés sur des résultats probants. La difficulté d'accès à des standards de pratique démontre que ces standards font réellement défaut au Canada. Dans un tel contexte, le concept de charte des droits des patients - associé au discours du droit - n'est pas à privilégier. Il serait inquiétant que l'on se serve de la justice pour protéger les droits des patients. Toutefois, si l'on décide d'utiliser le langage d'une charte des droits, il faut irrémédiablement utiliser son corollaire, soit le langage des responsabilités.

Présentation de G.R. William Lahey, Professeur adjoint, Dalhousie Law School
La relation des Canadiens avec leur système de santé est largement basée sur les droits individuels, particulièrement dans leur relation avec les fournisseurs de soins. Ce sont uniquement les décisions qui sont prises aux différents niveaux de la gouverne et qui influencent la capacité des fournisseurs et du système à offrir les soins appropriés aux Canadiens qui ne sont pas basées sur des droits individuels. Dès lors, une déclaration des droits des patients serait un instrument utile afin de favoriser l'accessibilité au système de soins de santé et même d'aider à solutionner les problèmes qui y sont liés tout en permettant de rétablir la confiance des citoyens dans le système. Par analogie avec la Charte canadienne des droits et libertés, une charte des droits des patients serait *la* solution au problème de l'accessibilité du système de santé. Pour que cet outil soit utile, il faudra toutefois être clair quant à ce que l'on attend d'une charte des droits et quant au rôle que nous voudrions qu'elle joue. Il faudra établir des principes généraux, des standards et regarder comment ces derniers pourraient se concevoir en tant que services concrets pouvant être offerts à la population canadienne.

Avec une charte des droits des patients, les consommateurs de soins de santé seraient en droit de s'attendre à certains services de base fournis selon les standards généraux établis. Une charte obligerait les décideurs du système de santé à être responsables face aux politiques, aux actions entreprises et à l'allocation des ressources. Ils devraient spécifier clairement les services que le système est réellement en mesure d'offrir et les attentes auxquelles il ne pourra répondre. L'exemple de d'autres administrations nous montre que les chartes peuvent être un instrument parmi d'autres visant à s'assurer que le niveau d'accessibilité déterminé par les administrateurs du système est respecté et concrètement appliqué. Le langage des chartes est ordinairement rédigé en terme d'attentes. La plupart du temps, un tiers parti doit s'assurer que le système répond aux attentes ou qu'il y a de bonnes raisons pour qu'il ne puisse le faire.

En ce qui concerne les attentes légales démesurées que pourrait créer une déclaration des droits des patients, l'expérience de la Charte canadienne des droits et libertés est pertinente. Lorsque saisies de questions touchant à la gouverne politique qui impliquent l'allocation des ressources – comme c'est le cas dans le domaine de la santé – les cours de justice ont plusieurs fois limité leur pouvoir de décision et renvoyé la question au politique en statuant qu'elles n'avaient pas les compétences nécessaires afin de traiter d'enjeux sociaux relatifs à la gestion de la société. Elles indiquaient que, si elles pouvaient statuer pour un cas spécifique, elles ne pouvaient par contre pas analyser toutes les implications de ces décisions dans d'autres sphères d'activités. De plus, le concept de droits généraux n'est pas un guide suffisant pour déterminer lequel des enjeux en compétition serait plus important et quels sont ceux qui devraient être privilégiés. Malgré tout, les cours peuvent jouer un rôle utile en indiquant les limites légales de ce qui peut être acceptable ou non dans la gestion du système de santé. Une charte des droits des patients pourrait également construire une nouvelle demande en ce qui concerne l'allocation des ressources. Il ne faut toutefois pas que les droits alloués aient un impact négatif sur d'autres sphères d'activités, comme l'éducation, puisque le manque de ressources dans ces secteurs affectera également la santé de la population.

Remarques des experts invités
Certains experts ont indiqué qu'une charte des droits n'est probablement pas la solution afin de régler les problèmes d'accès à des soins appropriés en temps opportuns.

> *« Je ne suis pas convaincu que la mise en place d'une charte des droits qui serait au-dessus de la Charte canadienne des droits et libertés et d'autres lois que nous avons nous servira à solutionner*

la préoccupation immédiate des Canadiens : est-ce que ma famille et moi avons accès aux soins de santé appropriés dont nous avons besoin? »

D'un autre côté, on indique que la mise en place de standards et d'objectifs de qualité peut représenter le rôle d'une charte des droits des patients. Une charte peut aussi assurer un lien entre la vision d'un système et ce que l'on laisse miroiter à ses utilisateurs, d'une part, et ce que l'on peut effectivement en recevoir, d'autre part. À cet égard, une charte peu forcer une certaine responsabilisation.

« On peut observer une certaine frustration avec l'apparente incapacité du système actuel à changer. L'idée est presque que nous devons lui ordonner de changer. »

Discussion entre les experts et avec l'audience

Où est l'engagement public d'améliorer l'état des soins de santé au Canada? Il faut considérer que les réalités ont changé depuis l'avènement de la Loi canadienne sur la santé. Certains participants ont noté que nous avons besoin de leadership à cet égard. D'autres participants notent encore que le fait que le système soit géré par une seule administration, par exemple, aide à créer un certain sentiment de certitude.

« Un élément qui fait définitivement défaut est que le gouvernement fédéral, jusqu'à maintenant, a échoué à nous montrer sa vision de comment il allait nous réunir autrement qu'en nous faisant endosser la Loi canadienne sur la santé. (...) Notre politique étrangère, notre façon de l'envisager et l'impact potentiel qu'elle pourra avoir sur notre système de santé est quelque chose que nous devons envisager dans une perspective nationale. Nous avons besoin d'une présence fédérale forte pour faire tenir le tout ensemble et pour nous donner une certaine direction et ce, même si le système de santé, historiquement, a été de compétences provinciales. »

Quelques participants ont noté que les déclarations des droits des patients semblent toutefois laisser une trop grande place à la promotion des droits individuels dans un système public. Ceci amène les individus à concevoir comme illimitée la consommation d'un bien public collectif. Il est clair que les Canadiens ont besoin d'une procédure équitable et transparente afin de déterminer les services qui seront couverts et comment ils seront couverts. Pour certains, la Loi canadienne sur la santé, si elle était correctement appliquée, pourrait se rapprocher du concept de déclaration des droits des patients.

« Je ne cherche pas à dire que la Loi canadienne sur la santé est parfaite, mais je crois que si elle était appliquée correctement, de la façon dont elle a été conçue originellement, une grande partie de l'ouvrage que l'on désire qu'une charte des droits accomplisse serait déjà fait. »

« Même si vous avez des droits des patients, à quoi serviront-ils s'ils ne sont pas exécutoires ? Je ne cherche pas à ce que les cours de justice viennent sauver le système de santé. Je cherche un leadership des politiciens, un leadership des professionnels de la santé et un leadership et une sensibilisation des citoyens pour qu'ils s'impliquent. »

Les participants se sont entendus sur le besoin de lignes directrices générales dans le domaine de la santé. Même si l'on se demande toujours comment une charte des droits des patients peut concrètement améliorer l'accessibilité au système et réduire les listes d'attente, certains participants notent qu'une déclaration des droits des patients peut aider à assurer une procédure équitable et transparente dans les soins de santé. Néanmoins, les droits et les attentes des patients doivent absolument être liés aux services disponibles.

OPTION 3

Médecines complémentaires et parallèles[1]

Présentation du Dr. Tannis Jurgens, PH.D, Université Dalhousie
Les Canadiens ont largement recours aux médecines complémentaires et alternatives (CAM) et ce, pour plusieurs raisons :

1. Les Canadiens veulent avoir un certain contrôle sur leur santé.
2. Les praticiens des médecines complémentaires et alternatives sont accessibles et les produits et médecines sont offerts sans prescription.
3. Le fait que ces traitements utilisent des produits dits « naturels » et que certains sont utilisés depuis des centaines d'années donne aussi un sentiment de sécurité.

L'accessibilité aux médicaments naturels :

Est-il équitable que seules les personnes qui aient les moyens de financer l'achat de médicaments naturels y aient accès? En Allemagne et au Royaume-Uni par exemple, on offre une couverture limitée pour les médecines naturelles, surtout lorsqu'il s'agit de prévention. Au Canada, on observe quelques plans d'assurance, mais ils restent rares.
Il faudrait s'assurer de l'efficacité, de la rentabilité et du caractère sécuritaire de ces traitements avant de les inclure dans la couverture d'assurance-maladie. On devrait également se demander s'ils offrent des avantages que les produits disponibles présentement n'ont pas, s'ils sont aussi sécuritaires et s'ils sont au moins aussi efficaces. Après tout, ces médicaments doivent améliorer la santé des Canadiens.
Il est possible que certains médicaments naturels puissent répondre à ces critères. Néanmoins, il ne serait pas sage d'inclure les médicaments naturels dans la couverture d'assurance étant donné leur niveau de développement actuel. Il y a peu de données probantes sur l'efficacité des médicaments naturels. Il y a des enjeux de sécurité et de santé de taille liés à leur utilisation. On observe des individus qui sont au pris avec des problèmes de dépendance et d'utilisation chronique de ces médecines. Aussi, il peut être dangereux de combiner les médicaments ordinaires aux médicaments naturels.
Il n'y a pas assez de politiques visant à réglementer les médicaments naturels au Canada. Il y a des problèmes au niveau de la conception qui font qu'il peut y avoir des différences entre les mêmes produits dépendamment du lot ou de la compagnie qui les fabrique. Les plantes d'une même espèce présentent elles-mêmes des différences entre elles. Simultanément, il nous faudra une réglementation importante pour s'assurer d'une réponse pharmaceutique uniforme pour chaque bouteille d'un même produit. Même si nous avons des données sur les plantes utilisées, nous ne savons toujours pas avec certitude quels ingrédients devraient composer un produit en particulier afin de garantir une même réponse.
De plus, il n'est pas certain que ces médicaments soient moins dispendieux. Le prix n'est pas toujours lié à la qualité ou l'efficacité d'un médicament et les données manquent à cet égard. Certains médicaments semblent très efficaces alors que d'autres ne le sont pas.

---

[1] On utilise également le terme «médecines alternatives» pour désigner les médecines parallèles.

Ces médicaments utilisent des termes généraux pour décrire leurs effets comme « stimule votre système immunitaire » ou « dépression ». S'ils s'attaquaient plutôt au diabète ou aux maladies cardiaques, ils auraient alors un rôle significatif. Cela ne veut pas dire que les médicaments naturels ne joueront jamais un tel rôle. En fait, certains patients doivent rester vigilants lorsqu'ils utilisent ces produits puisqu'ils peuvent réellement avoir un effet sur la pression sanguine et le taux de sucre dans le sang. Le problème est que nous n'en savons pas encore assez à leur sujet. Il est prématuré de vouloir inclure et financer les médicaments naturels dans la couverture publique d'assurance-maladie. Avant de financer un tel programme, il faut être fixé sur l'efficacité, la composition, le caractère sécuritaire et les bénéfices des médicaments naturels. Il faut également s'assurer que ces médicaments pourront, dans des études cliniques, reproduire les effets attendus. Ces médicaments ont une valeur, mais il faudra un investissement majeur avant d'en savoir suffisamment à leur sujet pour penser les inclure dans une assurance publique.

Présentation du professeur Cedric Cheung, Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada

Le terme «CAM» est utilisé lorsque l'on combine l'acupuncture et les herbes chinoises avec la médecine conventionnelle pour traiter des maladies comme le cancer. Il a été démontré que l'action combinée de l'acupuncture et de la médecine conventionnelle peut aider à stimuler le système immunitaire et contrer les effets secondaires de certains traitements, comme la chimiothérapie ou l'effet des radiations. Le terme « médecines alternatives » est pour sa part utilisé pour désigner l'action de l'acupuncture et de la médecine chinoise sans l'intervention de la médecine conventionnelle ou commerciale. L'acupuncture utilisée seule est un traitement éprouvé et efficace pour traiter 43 maladies, particulièrement lorsque l'on prodigue des soins aux tous premiers stades. La combinaison de l'acupuncture, d'herbes chinoises et d'une nutrition appropriée affiche un taux de réussite et une efficacité très élevée dans le traitement de ces maladies. Les résultats obtenus par l'acupuncture ont un effet sur le système de santé en général à long terme: elle peut sauver des visites chez le médecin, dans les hôpitaux et les urgences et fait épargner sur le coût des médicaments.

En ce qui concerne la sécurité publique, la formation des praticiens est très importante. L'Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada a catégorisé différents niveaux de spécialisation. Certains praticiens qui ont déjà une formation dans un autre domaine, comme les chiropraticiens, les naturopathes ou les médecins de famille, ne consacrent pas les années d'études nécessaires pour pratiquer de manière appropriée l'acupuncture. Souvent, ils n'y consacrent que quelques heures, peut-être 200, et pratiquent une acupuncture de pacotille. Il devrait y avoir une limite à une telle pratique parce que les praticiens et les spécialistes en acupuncture ont une formation unique, spécialisée et poussée qui est très différente de celle des autres praticiens de la santé tant en terme de diagnostic qu'en terme de traitement. Il semble ridicule que l'assurance-maladie ou les compagnies d'assurance ne couvrent pas les praticiens et les spécialistes en acupuncture qui ont reçu une formation appropriée alors qu'elles couvrent parfois les services d'acupuncture offerts par des naturopathes, des chiropraticiens ou des travailleurs de d'autres disciplines qui ne sont pas formés adéquatement. Cette situation est inéquitable pour le public puisque celui-ci devrait être en mesure de choisir un expert qui lui prodiguera des services de qualité sans qu'il y ait une incitation financière à consulter des spécialistes qui ne sont pas suffisamment qualifiés et compétents pour pratiquer l'acupuncture.

Si l'on prend l'exemple des vétérans, on note que ces patients ne sont pas couverts pour des soins avec des spécialistes en acupuncture qualifiés par les assurances du ministère des Anciens Combattants. Mais s'ils consultent un médecin de famille ou un chiropraticien qui pratique

l'acupuncture, leur assurance les couvre. Cette situation est ridicule et ironique! On ne sert pas le meilleur intérêt du patient et on ne fait pas non plus bon usage de l'argent des contribuables.

Face aux médicaments naturels, la façon de s'assurer de la qualité de certains produits serait d'en observer la provenance. Les médicaments naturels en provenance de Taiwan sont sûrs puisqu'ils sont régis par des politiques et des contrôles très stricts. Les médicaments en provenance de la Chine peuvent parfois être moins sécuritaires. Il faut donc que les gouvernements s'adressent au problème de la régulation, tant au niveau de la formation des praticiens en acupuncture qu'au niveau du caractère sécuritaire des médicaments naturels.

Remarques des experts invités

Plusieurs participants ont indiqué que le respect de normes éthiques est important.

> *« La discussion sur les dangers et le manque de réglementation liés aux médicaments naturels pourrait être élargie à l'usage des médicaments traditionnels également. Il y a plusieurs études qui sont disponibles sur le sujet. (...) Nous n'en savons pas encore assez dans certains domaines médicaux face aux médicaments conventionnels qui sont utilisés. (...) Certains médicaments sont prescrits à répétition dans diverses institutions du pays sans que l'on ait donné de formation appropriée à leur égard. »*

Mis à part les médecins et des professionnels pratiquant en milieu hospitalier, plusieurs professionnels de la santé ont aussi déjà soulevé la question problématique de l'équité dans la couverture des services.

> *« Si nous avons des interventions qui améliorent la santé et qui répondent aux critères de sécurité et d'éthique, je crois que nous devrions alors penser à rendre ces interventions accessibles et les couvrir. Le problème est toutefois que nous devons veiller à nous assurer de ces critères de sécurité, d'éthique et de rentabilité. Et ceci s'applique également pour plusieurs interventions de la médecine occidentale conventionnelle qui n'ont pas fait leurs preuves de manière probante mais que nous utilisons néanmoins. »*

Un participant a indiqué qu'il fallait également voir la question sous l'angle de la modernisation de la Loi canadienne sur la santé. On assiste présentement à un débat sur les centres de soins de première ligne et les services qu'ils pourraient offrir en dehors du rayon traditionnel des soins offerts dans les hôpitaux. Certaines provinces canadiennes ont couvert certains services, comme la chiropractie, qui n'étaient pas couverts dans d'autres provinces. La porte est ainsi ouverte à considérer l'apport et la couverture de nouveaux soins. Toutefois, il faudra une bonne dose de courage politique pour ne plus seulement couvrir les interventions nécessaires, mais également celles dont nous avons besoin.

Discussion entre les experts et avec l'audience

> *« Il y a une limite à ce que la médecine conventionnelle peut faire! »*
>
> *« Nous devons faire plus de prévention. La ligne blanche au milieu d'une autoroute représente la prévention. Si vous restez à droite de la ligne, cela aura un effet positif sur votre santé. Toutefois, cela aura des effets négatifs sur le budget en chirurgie si vous ne le faite pas. »*

Un participant a profité de la discussion sur les médicaments pour indiquer qu'il nous faut un système national d'assurance-médicaments ainsi qu'un système national de soins à domicile. Il trouve gênant que certaines personnes au Canada ne soient pas couvertes. Il croit qu'il n'y a aucune raison pour que le Canada ne puisse y arriver en tant que pays.

Dans la discussion sur l'accès aux médecines complémentaires et parallèles, on a soutenu qu'il est essentiel de s'appuyer sur des données probantes dans ce domaine. Les points de vue se sont partagés entre deux tendances. D'un côté, on croit que les données probantes sont absolument nécessaires avant d'envisager l'accès à ces médecines à travers la couverture publique d'assurance-maladie. De l'autre, on souligne l'importance de considérer les apports de ces médecines pour la santé des individus et leur apport à la médecine occidentale elle-même.

Aussi, les politiques publiques doivent être cohérentes face aux différentes ouvertures qu'offrent les médecines complémentaires et parallèles. Les médecins de famille devraient avoir des connaissances de bases en médecine traditionnelle.

En ce qui concerne l'usage des médicaments naturels, certains participants croient que ces médicaments coûtent moins cher et ont moins d'effets secondaires. Leur utilisation est basée sur un concept holiste.

Plusieurs pays européens ont intégré les médecines traditionnelles dans leurs systèmes davantage que nous l'avons fait ici au Canada. Au Canada, nous essayons présentement d'élaborer de nouvelles réglementations sur les médicaments naturels. Nous essayons également de déterminer où les subventions à la recherche seraient le plus efficaces dans ce domaine. Nous observons également les initiatives des autres pays. Toutefois, malgré des politiques publiques peut-être plus ouvertes, ces pays sont à peu près au même niveau qu'est le Canada dans la recherche de données probantes face aux produits utilisés et dans la recherche d'une réglementation appropriée. Un participant a proposé que nous suivions l'exemple de l'Australie pour nous inspirer dans l'organisation de programmes publics ouverts aux médecines complémentaires et parallèles. L'Australie s'est donnée l'objectif de dépenser et de gérer plus sagement le système de santé. Les centres de santé communautaires sont mis de l'avant et incluent même l'accès à des médecines complémentaires et parallèles. Il serait intéressant d'implanter un système qui comprendrait les ressources de la médecine occidentale et un continuum de services offerts par des équipes multidisciplinaires – dont les praticiens de médecines alternatives - dans des centres de santé communautaires. Cette approche aiderait à mieux utiliser et même diminuer l'usage des antibiotiques.

CONCLUSIONS ET REMARQUES DE M. GOLDBLOOM

Les experts ont clairement indiqué que listes d'attente ne sont qu'un symptôme du problème plus large que confronte le système de soins de santé au Canada. Nous ne pouvons donc pas régler tous les problèmes en gérant mieux les listes d'attente. Il nous faut répéter les modèles qui ont bien fonctionnés. Ces modèles existent bel et bien et il s'agit d'un élément très important qui a été soulevé lors de la discussion. Le fait que le système actuel ne nous permette pas de mesurer adéquatement les délais d'attente ne nous aide pas à régler le problème des listes d'attente. Il semble que la discussion ait fait ressortir un appui en faveur d'une gestion centralisée, d'une administration régionale et d'un certain degré de flexibilité dans la gestion quotidienne.

Face à une charte des droits des patients, on a pu ressentir au cours de la discussion un questionnement sur la capacité du gouvernement à répondre concrètement aux promesses qu'il fait miroiter en santé. Nous devons nous assurer de la capacité du système à fournir les soins. Il n'est pas utile de définir des droits si le système actuel n'a pas la capacité d'offrir les services. Les droits des patients doivent aussi être liés à des responsabilités. Il est important de discuter des droits, mais la mise en place d'une charte des patients ne pourra, à elle seule, régler les problèmes liés au système.

Face aux médecines alternatives, nous nous sommes demandés si elles devaient être couvertes par le système public. Il fut établi que nous devrions d'abord répondre à des critères de sécurité. Il faut nous assurer que nous avons accès à des produits et à des spécialistes de qualité. Il y a des problèmes fondamentaux liés à cet aspect des médecines alternatives, que ce soit au niveau de l'efficacité, de la similarité des produits ou des données éprouvées. De plus, on ne peut avec certitude dire si l'utilisation de ces médecines est moins coûteuse. Le temps ne semble pas encore venu de couvrir publiquement les produits des médecines complémentaires et parallèles.